POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO PROF. KOSTANECKIEGO, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Lipiec — ROCZNIK SIÓDMY — 1905.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału ocznego Prof. Dra Macheka w szpitalu powszechnym we Lwowie.

Ropne zapalenie całej gałki ocznej, (panophthalmitis), ropień w mózgu i śmiertelne zapalenie opon mózgowych.

Podał

DR WIKTOR REIS.

Wskazania do postępowania leczniczego w przypadkach ropnego zapalenia całej gałki ocznej stanowią do dziś dnia nierozstrzygnięte jeszcze pytanie.

Wyłuszczenie gałki ocznej — zabieg operacyjny podyktowany starą zasadą chirurgów »ubi pus, ibi evacua«, nie bywa przez wszystkich stosowany i zawsze jest jeszcze przedmiotem spornym, mającym swoich przeciwników i nie mniej gorliwych zwolenników. Przed laty kilkudziesięciu, bo jeszcze w r. 1863 doniósł Graefe [1]) na kongresie w Heidelbergu o dwóch przypadkach śmiertelnych w następstwie wyłuszczenia gałki. Niebezpieczeństwo tego zabiegu i połączone z nim złe skutki

upatrywał Graefe w otwarciu licznych przestrzeni limfatycznych i naczyń krwionośnych tkanki oczodołowej.

Boé [2]) w r. 1890 starał się sprawę tę wyjaśnić na podstawie doświadczeń na zwierzętach. Mimo faktu jednak kilkakrotnie zauważonego, że zwierzę pozostawało przy życiu po wyłuszczeniu gałki, znajdującej się w okresie ostrym ropnego zapalenia, kończy Boé swą rozprawę ostrzeżeniem, że wszelkie większe zabiegi operacyjne w panophthalmitis połączone są z niebezpieczeństwem życia.

Przeciw tym wywodom wystąpili inni autorowie (Noyes, Brandenburg 1893 [3]), uzasadniając swe zapatrywania tem, że sprawy tej nie można rozstrzygnąć doświadczeniami na zwierzętach, gdyż stosunki topograficzne oczodołu inne są u człowieka, niż u zwierząt. Większa część bowiem strumienia limfy i krwi płynie z oczodołu ku przodowi w kierunku twarzy, a sprzyja takiemu krążeniu zwężająca się stożkowata postać oczodołu. Prąd krwi tętniczej, idący od wierzchołka piramidy do podstawy, powinien jeszcze bardziej się wzmocnić przez wyłuszczenie gałki. Otwarcie dróg krwionośnych sprawia wówczas silniejsze przepłukanie oczodołu, drobnoustroje i ich wytwory wypływają ze szczelin tkanki na wolną powierzchnię rany, a stąd zostają dalej wydalane na zewnątrz. Sposób zaś zakażenia drogą pochewek nerwu ocznego pozostaje otworem dla drobnoustrojów taksamo przed, jak i po wyłuszczeniu gałki, podobnie jak drogi wzdłuż pochewek innych nerwów, skoro zawartość ropna przebiła już ściany osłony zewnętrznej oka.

Teoretyczne roztrząsania nie doprowadziły do porozumienia w sprawie jednolitego postępowania leczniczego, poczęto więc opierać swe wywody na własnem doświadczeniu i statystyce, przyczem daje się zauważyć fakt, że przeważnie autorowie francuscy wychwalają wyłuszczenie gałki, podczas gdy niemieccy zabiegu tego nie polecają.

W dwóch podręcznikach okulistyki wydanych w r. 1894 przez różnych autorów napotkać można zupełnie przeciwne wskazówki. Panas, opierając się na bogatem doświadczeniu, dochodzi do wniosku, że wyłuszczenie stanowi doborową ope-

racyę w ropnem zapaleniu całej gałki (»que l'énucléation pratiquée antiseptiquement constitue l'opération par excellence pour tout oeil franchement panophtalme«). Schmidt-Rimpler nie jest nawet zwolennikiem przekłucia gałki dla wypuszczenia ropy, a zupełnie odradza wyłuszczenie gałki. (»Noch weniger anzurathen ist die Enukleation des Bulbus, da dieselbe in diesem Entzündungsstadium ausgeführt, durchaus nicht ungefährlich ist und öfter zu tödtlichem Ausgange geführt hat«).

W latach następnych liczba bezwzględnych zwolenników wyłuszczenia poczyna się zmniejszać; przypadki śmierci od czasu do czasu spostrzegane w następstwie wyłuszczenia zwracają znowu uwagę na niepewną wartość leczniczą tej operacyi. Zwłaszcza, że przekonano się na podstawie doświadczeń klinicznych (Pflüger 1896[4]), iż postępowanie przeciwgnilne nie chroni przed zakażeniem, a o dokładnem oczyszczeniu pola operacyjnego mowy być nie może.

Na międzynarodowym kongresie lekarskim odbytym w Paryżu w r. 1900[5]) głównym przedmiotem rozpraw w sekcyi okulistycznej było porównanie wartości leczniczej wyłuszczenia gałki z innemi metodami zastępczemi. Sprawozdawcy główni Pflüger i Schweinitz, oraz inni, zabierający głos w obradach, uznawali wyższość metod zastępczych, jako bardziej bezpiecznych, a jedyny Gayet przemawiał stanowczo za wyłuszczeniem gałki w panophthalmitis. Z metod zastępczych wypaproszenie gałki najczęściej było używane. Lapersonne[5]) (1900) podał modyfikacyę tego rękoczynu, dołączając do zwykłego sposobu postępowania wypalenie galwanokauterem wnętrza gałki (exentération ignée).

Wicherkiewicz (1902)[6]) jest również zwolennikiem wypaproszenia mimo dość licznych wyłuszczeń dokonanych bez szkodliwych następstw w ostrem zapaleniu ropnem całej gałki. Związek bowiem śmierci z wyłuszczeniem gałki, stwierdzony z bardzo poważnych stron, każe liczyć się z możliwością zejścia śmiertelnego i wykonywać rękoczyny, narażające w mniejszym stopniu życie chorego.

Zwrot ten jednak ku metodom leczniczym bardziej za-

chowawczym nie był i nadal przez wszystkich przyjętym. W podręczniku operacyj ocznych wydanym w r. 1904 poleca Haab jak najgoręcej wyłuszczenie gałki przy wszystkich ropieniach wewnątrzgałkowych i w przypadkach wybitnej panophthalmitis — podczas gdy Enslin i Kuwahara [7]) ogłaszają w tym samym czasie przypadki zejścia śmiertelnego po dokonanem wyłuszczeniu gałki. Ci ostatni autorowie nie sa nawet zwolennikami wypaproszenia gałki, mimo że po tym zabiegu znanych jest zaledwie kilka przypadków zejścia śmiertelnego. Ilość nie zasługująca wprost na uwagę w porównaniu z ogłoszonymi przeszło kilkudziesięciu przypadkami śmierci po wyłuszczeniu. Mimo to jednak i wypaproszenie nie jest zabiegiem zupełnie bezpiecznym: niszczy ono bowiem naturalną zaporę wytworzoną przez zlepne zapalenie w otoczeniu ogniska ropnego i przyczynić się może do rozprzestrzenienia się sprawy zapalnej drogą otwartych żył wirowych. Wspomniani autorowie, a oprócz nich także Öller [8]) nie wahają się nawet w przypadkach ciężkiej panoftalmii zalecić wprost postępowania zachowawczego, powołując się na bardzo rzadkie przypadki zejść śmiertelnych przy wyczekującym sposobie leczenia. Przytaczam tu dosłownie wnioski z pracy Enslina: »Wir resümiren also, dass wir bei einer Panophthalmie, bei der schon eine Perforation in den Tenonischen Raum hinein stattgefunden hat, die conservative Behandlung für die richtige halten, wobei wir uns freilich bewusst sind, dass in sehr seltenen Fällen auch bei dieser Todesfälle vorkommen können, die jedoch eine Operation auch nicht verhütet haben würde. (Warlomont, Webster)«.

Wymienione przez Enslina nazwiska autorów, którzy podali do wiadomości przypadki zejścia śmiertelnego przy leczeniu zachowawczem, powtarzają się prawie we wszystkich pracach omawiających wskazania dla zabiegów leczniczych w panophthalmitis. Obydwa przypadki potyczą zropienia całej gałki w następstwie wydobycia zaćmy z oka i śmierci wskutek zapalenia opon mózgowych; jednym z nich jest przypadek Warlomonta omówiony na kongresie w Heidelbergu w r. 1863, drugim Webstera ogłoszony w r. 1890 [9]).

Od tego czasu nie znalazłem w całej dostępnej mi literaturze ani jednego przypadku śmierci przy leczeniu zachowawczem, natomiast wzmianki, że podobne przypadki należy zaliczyć do wydarzeń nadzwyczaj rzadkich.

Tak np. Praun (1899)[10]) pisze: »...hingegen ist Meningitis nach Panophthalmie ohne Enukleation ein äusserst seltenes Vorkommniss«, a Fuchs w najnowszem wydaniu swego podręcznika czyni również wzmiankę o rzadkich przypadkach śmiertelnego zapalenia opon mózgowych, powstałego w przebiegu ropienia całej gałki mimo zaniechanego wyłuszczenia.

Tem bardziej usprawiedliwionem więc będzie ogłoszenie przypadku przez nas spostrzeganego.

Kap...... Mikołaj, lat 37, zarobnik (pow. Czortków) przyjęty dnia 19go października 1904 na oddział ósmy szpitala powszechnego we Lwowie.

Wywiady: Chory podaje, że przedtem nigdy na oczy nie chorował i przed tygodniem (?) uderzył się patykiem w oko lewe. Nie leczył się i dopiero z chwilą, gdy oko zupełnie było stracone i bole coraz większe, zgłosił się do szpitala. Stan obecny: (oko lewe) Powieki silnie obrzękłe, zaczerwienione. Na powiece górnej, przy brzegu powiekowym, w kąciku wewnętrznym rana o brzegach nierównych, długości 3 cm, przecinająca cały pokład skórny, tak że szpara powiekowa wydłużyła się wskutek tego do 6 cm.

Gałka znacznie wysadzona, nieruchoma, silnie obrzękła. Przednia część gałki zamieniona w masę ropną, w której środku widnieje otwór zapełniony bezkształtnemi czarnemi resztkami utkania tęczówkowego.

Chory uskarża się na silne bóle w oku.

Wobec sprawy chorobowej tak daleko już posuniętej i wyraźnego przebicia gałki w przednim odcinku, ograniczono się tylko do leczenia wyczekującego, nacięcia i otwarcia wolnej drogi dla ropy przedniego odcinka gałki — polecając choremu dla ulżenia bólów okłady z płynu Burowa.

Oko prawe zupełnie prawidłowe.

Rozpoznanie: Vulnus contusum palp. super. Panophthalmitis oc. sin. post trauma.

$^{23}/_{10}$: Bóle nie ustępują, a obrzęk tkanki okołogałkowej coraz bardziej się powiększa.

$^{24}/_{10}$: rano chory opowiada, że cierpiał ogromne bóle w tylnej części głowy. Przypisując te cierpienia niezmiernemu napięciu spojówki gałkowej, dokonano kilku powierzchownych nacięć w miejscach najbardziej obrzękłych.

Bóle głowy nie ustąpiły, lecz wzmogły się do tego stopnia, że chory krzyczał »by go dobić«. Okłady lodowe.

Ciepłota podwyższona do 39·5°.

W karku pojawia się ogromna sztywność. O godzinie 3ej popołudniu chory stracił przytomność i umarł o godzinie 6tej wieczorem.

Sekcyę zwłok dokonano 28 października w zakładzie medycyny sądowej. Gałkę oczną wyjęto zaś przedtem dnia 25.

Z protokołu sekcyjnego, który zawdzięczam uprzejmości asystenta zakładu medycyny sądowej Dra Stankiewicza przytaczam w całej rozciągłości tylko część opisującą stosunki chorobowe w jamie czaszkowej i mózgu.

»...Powłoki czaszkowe od wewnątrz blade, bez zmian. Sklepienie czaszki symetryczne, o kościach prawidłowej grubości, nie uszkodzone, również jak i podstawa czaszki badana po zdjęciu opony twardej. Przy wyjmowaniu mózgu z jamy czaszkowej stwierdza się w jamie czaszkowej nieco większą niż prawidłowo ilość płynu mózgo-rdzeniowego, mętnego; przy usiłowanem zaś zdejmowaniu opony twardej z podstawy czaszki wydobywa się ciecz ropna, zielonkawo-śmietankowata z otworu, przez który przechodzi druga para nerwów. Wobec tego wypiłowano sklepienie oczodołu lewego, przyczem stwierdzono, że tkanka łączna tłuszczowa pozagałkowa jest naciekła i przekrwiona, w tylnej swej części zmieszana z ropą, która przeważnie przez fissura orbitalis superior dostaje się popod oponę twardą, oddzielając ją od kości — do jamy czaszki. Również stwierdza się obecność tej ropy także i w odsłoniętych równocześnie komorach blaszki papierzastej kości sitowej

(cellul. lam. papyr. oss. ethm.). Po lewej stronie w pochewce nerwu ocznego nie stwierdza się — przynajmniej makroskopowo — obecności ropy, nie daje się też ona wycisnąć z pod opony twardej w okolicy otworu dla tegoż nerwu. Śledząc dalej za obecnością ropy na podstawie — napotyka się ją w znaczniejszej ilości, zebraną w okolicy skrzyżowania się nerwów ocznych, nagromadzoną w przestrzeni podpajęczej, przyczem opona miękka tak tej okolicy, jak i wogóle płatu czołowego i skroniowego lewego jest przyćmioną, połysku zupełnie pozbawioną, o naczyniach drobnych silnie krwią nastrzykniętych. Na sklepieniu jest również opona pajęcza silnie nastrzyknięta, nie ma tu jednak widocznego dla oka zmętnienia jej połysku.

Mózg prawidłowej wielkości, o rowkach zwłaszcza po lewej stronie nieco płytszych, tkanka mózgowa w całości ciastowatej konsystencyi; na przekroju po odsłonięciu komór bocznych stwierdza się większą pojemność, w komorach płyn brudny, mętny, lekko krwawy w nieco większej ilości, wyściółka komór różowa, jednak z połyskiem możliwie nieco mniejszym. Wzgórek wzrokowy, ciałko prążkowane i zwoje podstawowe zmiany nie przedstawiają.

Odgraniczenie istoty korowej od rdzennej wyraźne i ostre; istota szara mózgu prawidłowej szerokości, w krew obfita barwy różowo-szarej, istota biała zaróżowiona.

Z przodu płatu czołowego lewego więcej od powierzchn dolnej tuż pod powierzchnią mózgu resp. pod istotą szarą — napotyka się w białej istocie mózgu ognisko do wielkości jaja gołębiego dochodzące, wypełnione gęstą, zielonkawą ropą, zmieszaną ze strzępami istoty mózgowej; ścianę tego ropnia tworzy istota biała mózgu, ciastowata, miękka, w najbliższem otoczeniu wynaczynionkami upstrzona. Dokładniejsze zbadanie stwierdza też komunikacyę tegoż ropnia z komorą boczną lewą mózgu, w której też płyn jest więcej mętny niż w bocznej komorze strony przeciwnej. Zresztą w innych częściach mózgu prócz ciastowatej konsystencyi i przekrwienia innych zmian się nie stwierdza...«.

Poza tem stwierdzono: nieżyt oskrzeli, rozedmę płuc, za-

palenie mięśnia sercowego, ostry obrzęk śledziony i przewlekły nieżyt żołądka.

Badanie anatomiczne i drobnowidowe wyjętej gałki ocznej wykonałem w pracowni uniwersyteckiej kliniki okulistycznej Prof. Dra Macheka we Lwowie.

Badanie makroskopowe.

Gałka prawidłowych rozmiarów otoczona dokoła naciekłą tkanką, ściśle do jej ścian przylegającą. Wybitnej ropy nigdzie napotkać nie można. Rogówka w całości zropiała, przedstawia się jako krąg brudno-żółty; wśród mas ropiastych po stronie wewnętrznej wystaje część ciemniejsza, wielkości ziarna prosa.

Gałkę po utrwaleniu w formalinie i alkoholu przecięto na 3 części równolegle do pasu równikowego. Przednia część gałki całkowicie wypełniona ropą. Na obwodzie widać linię zygzakowatą, czarno zabarwioną, silnie się odgraniczającą od nacieku ropnepo, barwy mięsistej. Jest to podłoże barwikowe tęczówki i wyrostków rzęskowych.

W tylnej części gałki oprócz twardówki innych błon oka rozpoznać nie można. Wszystko zamienione w bezpostaciową masę różowo zabarwioną w rozmaitych odcieniach: znajdujemy miejsca ropne o blado-mięsistym kolorze i ogniska krwotoczne ciemniej zabarwione.

Z przedniego i tylnego odcinka gałki sporządzono przekroje podłużne.

Nerw przy sekcyi wyjęty w całości aż do skrzyżowania; część końcową nerwu wraz z przylegającą do nerwu ścianą kostną utrwalono w formalinie i alkoholu, poczem dla odwapnienia użyto płynu Hanga.

Badanie mikroskopowe.

Tkanka nagałkowa obrzękła wykazuje lekkie rozlane nacieczenie. W otoczeniu naczyń naciek obfitszy. Przybłonek na spojówce gałkowej przeważnie utrzymany. W przednim odc inku gałki całkowicie masę ropną zamienionym stwierdza

się na obwodzie resztki barwikowe jagodówki, które w postaci pyłu barwikowego rozprószone są w masie ropnej. Wśród tej ostatniej liczne, źle lub też wcale nie barwiące się obumarłe miejsca. W sąsiedztwie twardówki obfite miejsca krwotoczne.

Zawartość ropna toruje sobie drogę na zewnątrz przez otwór położony na szczycie przedniej części gałki a barwikowe resztki jagodówki tworzą po obu stronach koryto dla ropnego strumienia.

Soczewki ani śladu. Tylko przy zewnętrznem ujściu ropy zauważyć można elastyczną wstążkowato zwiniętą błonę, odpowiadającą pozostałej jeszcze torebce soczewkowej.

Na tem miejscu znajdujemy także ogniska nekrotyczne, wśród których napotkać można grupki drobnoustrojów. Barwione metodą Grama dają się rozpoznać jako kolonie gronkowców.

Tylny odcinek gałki ocznej również całkowicie zropiały. Z zawartości gałki i błon wewnętrznych nic rozpoznać nie można. W miejsce naczyniówki widać różne naczynia, o znacznie powiększonej objętości, których światło wypełnione ciałkami krwi. Są to przeważnie krwinki czerwone, przy których stwierdza się tylko małą ilość krwinek białych.

Przy równiku w sąsiedztwie ścian twardówki stwierdza się w miejsce ropnego nacieku delikatną siatkę włóknikowej wypociny. W okolicy wejścia nerwu ocznego ślady naczyniówki jeszcze najlepiej zachowane. W bliskości wewnętrznego otworu kanału twardówkowego, przez który nerw oczny przechodzi, napotkać można na krótkiej przestrzeni resztki pofałdowanej elastycznej błony i daleko wyraźniej występujący wąski pasek pokładu barwikowego. Cała zresztą zawartość barwika w postaci pyłu rozrzucona w masie ropnej.

Oprócz wnętrza gałki najbardziej w sprawę chorobową zawikłanym jest nerw oczny, a w szczególnośei jego pochewki. Nerw oczny przed blaszką sitową nacieczony licznemi ciałkami ropnemi, które już w blaszce sitowej ustępują miejsca drobnokomórkowemu nacieczeniu.

Naciek niknie bardzo szybko poza blaszką sitową i po-

zostaje tylko zwiększone mnożenie się jąder tkanki podstawowej nerwu.

Przekroje naczyń środkowych z trudnością można rozpoznać wśród ogólnego nacieczenia. Ścianę naczyń tworzy również pochewka nacieku drobnokomórkowego, posuwająca się wzdłuż pnia nerwu i zmniejszająca się w miarę oddalenia od bieguna gałki.

Przestrzeń międzypochwowa dość znacznie rozszerzona; w części przygałkowej napotykamy gęste drobnokomórkowe nacieczenie, posuwające się dalej wzdłuż ścian bocznych kanału. W świetle kanału spotyka się oderwane, porozrzucane części pochewki zewnętrznej, silnie nacieczone.

Dalszy przebieg nerwu ocznego badano na przekrojach poprzecznych. Wszędzie stwierdzamy wybitne zmiany zapalne w pochewce wewnętrznej, przegrody zaś nerwu ocznego i naczynia środkowe bez zmian. Ściany naczyń wolne są od nacisku. Tętnica z błoną elastyczną silnie pomarszczoną ma na przekrojach światło wąskie, żyła cokolwiek obszerniejsza.

Krwinek we wnętrzu światła naczyń brak.

Naciek zapalny pochewki środkowej nerwu powiększa się w kierunku domózgowym i przedostaje się w kilku miejscach do pochewki zewnętrznej.

W okolicy skrzyżowania wyjęto nerw w połączeniu z częścią kości klinowej, tworzącą górną ścianę *canalis opticus.* Stwierdza się tu w dalszym ciągu szeroki pierścień nacieku zapalnego oraz ropę zapełniającą zatoki kości. Naczynie, znajdujące się w sąsiedztwie nerwu, oddzielone od niego pochewką zewnętrzną, odpowiada [z pomarszczoną błoną elastyczną i silnie rozwiniętą warstwą mięśniową] *arteria ophtalmica* i pozostaje bez zmian.

Twardówka, przylegająca do tylnego odcinka gałki ocznej wykazuje włókna obrzękłe i rozszarpane; przestrzenie międzywłókienkowe wypełnione są krwinkami czerwonemi lub surowiczą wypociną. W warstwach obwodowych twardówki i w innych miejscach gałki jest twardówka tylko lekko nasiekłą, z nieznacznem zagęszczeniem w sąsiedztwie naczyń.

Twardówka w pasie równikowym również znacznie zmieniona. Miąższ rozpadł się na pojedyncze włókienka, o falistym przebiegu, oddzielone od siebie surowiczą wypociną ze skąpem tylko nacieczeniem.

Włókienka są obrzmiałe, barwią się gorzej jak zwykle. Oprócz surowiczej wypociny oddziela włókienka twardówki w kilku miejscach także wysięk krwotoczny.

Dok. nast.

Zapoznawanie podstawy kiłowej lub dopatrywanie się jej niewłaściwe w chorobach ocznych.

Uwagi skreślone przez

BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA.

Dokończenie.

Ale na odwrót zaślepieni upatrujemy nieraz kiłę jako przyczynę choroby ocznej tam, gdzie jej albo nie ma i nie było wogóle, albo gdzie była wprawdzie, lecz nie zawinia cierpienia, występującego na tle innej jakiej choroby ustroju, np. na tle malaryi tak mało, zdaniem mojem w tym kierunku uwzględnianej.

B. Do kategoryi tej może nie wiele naliczylibyśmy przypadków, wychodząc ze założenia owego klinicysty, patrzącego na rzeszę chorych przez szkła »luetycznie«, sit venia verbo, zabarwione. A jednak i z takimi spotykałem się w praktyce nieraz, a kilka wybitniejszych przytoczyć niechaj mi będzie dozwolonem.

Znamiennym pod tym względem był przypadek (8) spostrzegany przezemnie w czasie, gdy byłem asystentem w r. 1875, Alek. Pagenstechera w Wiesbadenie, w zakładzie dla ubogich chorych.

Podaję poniżej kilka szczegółów z zapisków przechowanych przezemnie z owych czasów, a zrobionych dla pracy później z powodów odemnie niezależnych przerwanej.

Pan A. zarządca dóbr z Mingrelii na Kaukazie przybył 24 sierpnia 1875 do Wiesbadenu, by ostatecznej jeszcze szukać pomocy w cierpieniu ocznem od wielu lat, przez wielu lekarzy bezskutecznie leczonem. Zdobycie ścisłych wywiadów było ze względów językowych utrudnionem, mogłem atoli w zastępstwie mego chorego szefa, badając, stwierdzić, iż chory 32letni, o bladej śniadej cerze, wysmukły mężczyzna, źle odżywiony, miał mieć kiedyś ulcus syphil. penis, dla którego następstw ponownie wcierkami był leczonym. Śladów zakażenia kiłowego badanie ogólne nie wykazało, a choroba oczna (iridocyclitis chronica, occlusio pupillae) trwała od kilku lat. Choremu radzono już wyjęcie gałki, ale tenże opierał się temu. Nastrzyknięcie rzęskowe, bolesność gałki na dotyk w okolicy rzęskowej. Napięcie obniżone (t—1). Wzrok obniżony ogranicza się do poczucia światła.

Wykonana przez A. Pagenstechera iridektomia, zupełnie zresztą prawidłowa, spowodowała silny krwotok tak, że krew wkrótce zasłoniła zupełnie źrenicę, a później wypełniła nawet przednią komorę.

Polecono po założeniu opaski i zapuszczeniu atropiny rozpocząć kuracyę antysyfilityczną głównie ze względu na anamnezę, ale więcej jeszcze z powodu zapewnienia obecnego przy operacyi lekarza rosyjskiego, który twierdził, że na Kaukazie prawie do wyjątków to należy, by kto nie był syfilitycznym.

Chory dostawał więc wcierki i środki napotne. (Spec. ad Dec. lignor.).

Nie mogłem jednakże, o najmniejszym dodatnim tejże kuracyi przekonać się wpływie u chorego, który po wyjeździe szefa powierzony został mej wyłącznie pieczy. Gdy ślinopłyn silny wystąpił, a sprawa oka nie zmieniała się, przeciwnie, silniejszy wystąpił ból a napięcie oka wzmagało się wskutek zawartości krwi, przystawiane zaś pijawki również nie przyniosły wielkiej ulgi, zaprzestałem po tygodniu kuracyą rozpoczętą a wziąwszy się do ponownego zbadania chorego z powodu występujących u niego boleści żołądkowych, znalazłem śledzionę niezmiernie powiększoną. Przepona brzuszna była po lewej

stronie ku górze przesuniętą do 5go żebra; na prawo sięgał tumor do linea alba a ku dołowi aż do podbrzusza.

Wątroba okazała się zupełnie prawidłową. Wykluczywszy powiększenie śledziony przez nowotwór i przez bąblowce jako też po zbadaniu krwi, białaczkowy nabrzmienia charakter, ważyłem się tylko pomiędzy tumorem malaryjnym a tumorem, spowodowanym przez zwyrodnienie skrobiowate (Amyloid). Przypuszczenie ostatnie było usprawiedliwionem wobec tego, iż chory miał być swego czasu zarażonym, jednakże brak wszelkich pewnych danych, brak podobnego zwyrodnienia w innych narządach i brak białka w moczu kazał mi tego rodzaju nabrzmienie śledziony wykluczyć, a przyjąć raczej podstawę malaryjną, jako jej powód. W owe czasy badanie krwi nie było do tego stopnia wydoskonalonem, abym mógł pewne pod tym względem robić sam lub dać robić poszukiwania. Natomiast ułatwiły mi do nabrania większej ścisłości w rozpoznaniu choroby podstawowej pewne dane powzięte od pacyenta, gdy nauczyłem się z nim lepiej porozumiewać. Do roku 1870 miał zawsze być zdrowym. Teraz dostaje trzeciaczkę (tertiana), która go męczy miesiące. W roku 1872 dostaje rzeżączki cewki, później tyfusu, a w czasie 7 tyg. tegoż trwania miał być przez dwóch lekarzy merkurializowanym. W rzeczywistości nie był jednak zakażonym syfilitycznie, a że owa rzeżączka nie posiadała znamion kiły, wnosił z tego, iż nigdy żadne następstwa luetyczne nie wystąpiły a dzieci są zdrowe.

Rozważywszy to wszystko, zmieniłem postępowanie lecznicze, dając choremu kąpiele mineralne Wiesbadeńskie, silne pożywienie i coraz silniejsze dawki chininy, które chory doskonale znosił, a gdy te przestały działać, a polepszający się stan oka zaczął znowu czasowo robić pogorszenia, zastąpiłem chininę arszenikiem.

Zastosowanie kąpieli słonych Wiesbadeńskich, a później hydroterapia chorego, wycieńczonego, postawiła na nogi, oko zbladło, nabrało napięcia prawidłowego, krew z przedniej komory znikła zupełnie, a lubo chory nie wiele, bo tylko palce na kilka metrów mógł rozpoznawać z powodu zasłonięcia tak

źrenicy jak i szpary tęczówkowej błoną wysiękową wzgl. skrzepem krwawym, to jednak żadnych nie miewał boleści. Zaznaczyć atoli wypada, iż co tydzień, a mianowicie w każdy piątek następowało lekkie podrażnienie oka. Już nawet w czasie całej kuracyi pewne pogorszenie stanu oka bez wiadomego występujące powodu, które znowu pod wpływem wzmożonej dawki środków ustępowało, budziło moje zdziwienie.

Pan A. uzdrowiony wracać chce do kraju, ale poprzednio w sprawach swego chlebodawcy jedzie do Paryża do krewnej tegoż, księżnej M. Przybywszy na początku tygodnia do stolicy Francyi, z początku zupełnie czuje się zdrów, atoli za zbliżeniem się owego fatalnego piątku dostaje znowu zaczerwienienia i bólu oka. Troskliwa gospodyni domu zwołuje naradę z internisty syfilodologa i okulisty, wszyscy godzą się na to, iż sprawę zapalną oka (irido-choroiditis recid.), odnieść trzeba do podstawy kiłowej, chciano odpowiednią, bardzo skomplikowaną, narzucić choremu kuracyę przeciwkiłową, od której jednakże on się usunął, powróciwszy znowu do Wiesbadenu, gdzie w poprzedni sposób prowadzone leczenie doszczętnie złemu zaradziło. Miałem później jeszcze wiadomość z Poti od chorego, który mi donosił, że jeszcze jeden piątek był dla niego fatalnym, ale polecone środki zaradcze wkrótce złemu zapobiegły.

I w tym więc przypadku nie kiła tak uporczywie choremu zarzucana, lecz zakażenie malaryjne było powodem choroby ocznej, występującej z niezwykle długimi okresami względnego polepszenia.

Że przypadki takie nie są odosobnione, o tem nieraz jeszcze miałem sposobność przekonać się.

Przytoczyliśmy przypadek ten nieco szczegółowiej, gdyż z niejednego względu zdaniem naszem na to zasługuje.

Z innymi sprawimy się krócej.

(Przyp. 9.) Panna X. 22letnia, dosyć anemiczna, sierota, zgłasza się do mnie w październiku 1897 z powodu, iż źle widzi prawem okiem. Z historyi choroby podnieść wypada, iż przed pięciu laty miała mieć zapalenie nerwów wzrokowych i przez lekarza okulistę leczoną była wcierkami; prawdopodo-

bnie przyjmowano lues tarda. Później nawroty w 96 i 97 zawsze leczona znowu wcierkami i jodkiem potasu.

Badanie moje nie wykazuje przedewszystkiem żadnych śladów kiły u dziewicy, która straciła rodziców w wieku dziecięcym. O rodzicach zresztą ani ona sama. ani opiekunowie dobrowolni nic powiedzieć mi nie umieli. Wpro. 6/18 Sn. 1·0 Wlo. 6/6 Em. Pole widzenia prawego oka ograniczone obwodowo górą zewnątrz i dołem, raz zupełnie, to znowu tylko dla żółtej i niebieskiej barwy. Zewnętrznie oczy nie przedstawiały żadnych zmian. Wziernik nie wykazuje również zmian, jedynie może granica tarczy nieco słabo oznaczona.

Poleciłem branie kąpieli solankowych i kąpiele nożne.

Po upływie kilku tygodni stan oczu powrócił do normy, tak że i naosiowy i obwodowy wzrok i wszelkie inne własności czynnościowe oka tego stały się prawidłowemi.

W lutym 1898 chora powraca do mnie z powodu, iż nogi nie dopisują. Chora utyka, a badanie wykazuje hemianestezyę prawej strony. Przytem bezsenność, łatwość znużenia i rozmaite objawy nerwowe. Badanie wzroku na obu oczach prawidłowe. Atoli w marcu tegoż roku nieznaczne obniżenie wzroku obu ócz, 6/9—6, a pole widzenia obustronnie ograniczone dla barw u pro. wewn. dołem, u lo. zewn. dołem.

Wziernik znowu nic nie wykazywał szczegółowego. Przepisałem Tct. Valerianae, kąpiele z kory dębowej i poleciłem odpowiednie zajęcie.

Stan powoli poprawiał się, a pole widzenia stało się prawidłowem, naosiowy wzrok podniósł się znowu do 6/6.

Te nawroty powtarzały się często przez przeciąg kilku lat, by w końcu zniknąć bez wszelkiego leczenia swoistego, gdy znowu inne objawy w sferze motorycznej i czuciowej kończyn dolnych występowały, dla ktorych chorą odesłałem do specyalisty, który miał zamiar, powodowany w opowiadaniu chorej zaznaczeniem leczenia pierwszego okulisty, stosować wcierki, gdy idąc za radą moją, odstąpił od tego, ograniczając się do elektroterapii i to z dobrym skutkiem.

I tu więc mieliśmy objawy oczne u osoby histerycznej

wcale nie dotkniętej, o ile badanie i anamneza stwierdzić mogły, kiłą, środki antihisteryczne, leczenie wzmacniające, przymusowe zajęcie i utrzymywanie towarzyskich stosunków, zwłaszcza zaś wyjazd do miejscowości zdrowotnych najlepszymi mi się ponownie okazywały sposobami, by najrozmaitsze objawy usunąć lub złagodzić. Jeżeli pierwotnie wcierki skutkowały, to przeważny wpływ, zdaniem mojem, przypisać trzeba było sugestyi, a do tego nie potrzeba środka tak w organizm wnikającego, jakim jest rtęć podawana w najrozmaitszych postaciach.

C. Z natury rzeczy wynika, że do kategoryi trzeciej przypadków wchodzących tutaj w grę, najwięcej zaliczać wypadnie, bo, gdzie chory sam do przebytej kiły się przyznaje, tam lekarz nie umiejący uwolnić się od uprzedzenia, aż nazbyt jest skorym stosowne wyciągać wnioski i terapię swą odpowiednią z większym lub mniejszym stosować skutkiem, nie oglądając się za innemi choroby powodami.

Zaznaczam przedewszystkiem, że rozlane zapalenia miąższowe rogówek, jak wiadomo bardzo często znamionowane przez Hutshinowską trias występują u młodszych i starszych dzieci, wprawdzie dziedzicznie obciążonych, a jednak o podkładzie syfilitycznym choroby można nieraz powątpiewać ze skutków leczenia, które niejednokrotnie przeprowadzamy z wyłączeniem wszelkich przetworów rtęciowych. Przypadki te zdarzają się u dziewcząt zwłaszcza w okresie rozkwitu ale i u młodszych dzieci obojga płci, przeważnie skrofulicznych. Prawda, że zołzy skłonni jesteśmy uważać za złagodzoną postać kiły, tam jednakże, gdzie występują nawet pozornie skrofuliczne postacie zapalenia rogówek u dzieci, dziedzicznie obciążonych kiłą, częstokroć bez rtęci nie dochodzimy do trwałych i szybkich wyleczeń. Zwracam uwagę na opisaną przezemnie w P. O. w r. 1900 (»O rzadkich postaciach syfilitycznego zapalenia rogówkowego u dzieci«, zesz. 1 i nast.) postać zapalenia przypominająca pryszczykowe skrofuliczne zapalenie, które jednak i klinicznym obrazem i przebiegiem od tegoż się wyróżnia. Tylko energiczne a często powtarzające-

się leczenie antiluetyczne korzystnie wpływa na tę postać choroby. Naodwrót i zapalenia miąższowe rozlane nie bywają częstokroć pochodzenia syfilitycznego w ściślejszem znaczeniu, a ustępują pod wpływem nie swoistego przeciw-kiłowego leczenia. Obok skrofułów uważamy malaryę, gośćciec jako najczęściej chorobę tę wywołujące okoliczności. Jak często znowu i zapalenia inne mianowicie i tęczówki również u osobników syfilitycznie obciążonych, występujące innego mimo pozoru mogą być pochodzenia, na to niechby posłużył następujący przykład (przyp. 10).

Przed dwoma laty zgłosił się do mnie pan X. 40-letni z Krakowa z powodu zapalenia rogówkowego i tęczówkowego (keratitis parenchymatosa diffusa et iritis) od kilku miesięcy leczony antiluetycznie wobec tego, iż przed 10 laty miał ulcus durum z następnymi objawami wtórorzędnymi, zwalczanymi skutecznie rtęcią. Prócz alopecyi mogącej inną okoliczność mieć za przyczynę, nie znalazłem żadnych znaków przebytej kiły; natomiast stwierdziłem dość silny tumor lienalis. Na pytanie oświadczył też chory, iż miewał zimnicę, w Krakowie, jak wiadomo, dość rozpowszechnioną. Zarządziłem więc leczenie wyłącznie przeciw malaryi zwrócone (chinina z antipyriną) a miejscowo atrop. ciepłe okłady później masowanie. W przeciągu 4 tygodni rogówka wyjaśniła się prawie zupełnie, a chory, którego niedawno jeszcze miałem sposobność zbadać, od tego czasu powtórnym nawrotom żadnym nie ulegał i cieszy się zmieniwszy pomieszkanie dobrem zdrowiem. —

O wpływie malaryi na przyrząd wzrokowy mam zamiar przy innej sposobności podać wyniki mych spostrzeżeń tutaj zaznaczam tylko, że ona obok, jak stanowczo powyższe dwa przykłady dowodzą, stwierdzonej często kiły wywołuje postacie zapaleń ocznych, które tej to przyczynie bywają właściwe. W danym więc razie w sądzie naszym pod względem etiologii choroby winniśmy być bardzo ostrożnymi.

Nie chcąc nużyć czytelnika, nie będę wyliczał innych przykładów na poparcie twierdzenia co do powyższej kategoryi chorób, ale ograniczę się tylko jeszcze na wskazaniu niewłaści-

wego leczenia zaników nerwów wzrokowych pochodzenia tabetycznego. Wiemy, że antiluetyczne leczenie nawet tam, gdzie niewątpliwie zakażenie kiłowe wiąd rdzenia pacierzowego poprzedzało, nie tylko choroby nie poprawia, ale przeciwnie, do szybciejszego postępu powoduje. Nadto wielokrotnie stwierdzić można, że nie kiła ale uraz, mianowicie silniejsze upadnięcie krzyżami na jakiś przedmiot twardy, zaziębienie i t. d. daje tabetycznym objawom początek. Że w podobnych razach osłabianie organizmu przetworami rtęciowymi i innymi środkami w tym kierunku mającymi działać, zamiast powstrzymać zanik nerwów, grożący zupełną ślepotą, tylko go przyspiesza, o tem wie każdy doświadczeńszy okulista.

Na omówieniu tych błędów rozpoznawczo-leczniczych mógłbym poprzestać, kończąc zadanie, jakie sobie stawiłem, to jest przypomnieć, jak oględnym nam być trzeba w należytem ocenianiu pochodzenia chorób tam, gdzie liczniejsze momenty o pierwszeństwo etiologiczne się ubiegają — niech mi jednak wolno będzie przypomnieć, że niejednokrotnie chory sam w błąd wprowadza lekarza, już to zatajając właściwe choroby pochodzenie, już to niewłaściwie wskazując na pierwiastek syfilityczny tejże. A czy potrzeba zwrócić uwagę czytelnika szanownego na znane przypadki o b a w y p r z e d k i ł ą (Syfilodofobia)?

Tu osobnik li tylko z wyobraźni pobudzonej albo podsycanej niewłaściwie »syfilityczny«, dostawszy jakiegokolwiek objawu chorobowego ocznego, odnosi go z nieprzepartą siłą i stanowczością do r z e k o m e j kiły.

Przypadków takich kilka widziałem, a znamienny pod tym względem spotkałem bardzo niedawno.

Pani X. 30-letnia przybywa z powodu silnych boleści nad okiem, do kliniki okulistycznej przysłana z rozpoznaniem *„periostitis orbitalis syphylitica“*. Robi wrażenie osoby czemś bardzo zaniepokojonej, daje odpowiedzi nieścisłe wobec otoczenia liczniejszego. Nie mogąc dojść »do ładu« z chorą, pole-

cam jej wejść do osobnego pokoju i tu dowiaduję się, iż »w wysokim stopniu jest zarażoną«. Anamneza wykazuje co następuje: Za mąż wyszła w 19 roku życia, będąc panną bardzo zdrową, ma dwoje dzieci zdrowych, roniła raz wskutek upadnięcia. Przed 6 laty dostała na wardze sromowej jakiegoś owrzodzenia, które mąż jej (nie lekarz) leczył wcierkami później jodem. Jednakże sprawa zagoiła się szybko. Wtajemniczona przez męża, który niedawno umarł na tuberkulozę, w rzekomy rodzaj cierpienia i jego następstwa, żyje w wiecznej obawie, że ma lub mieć będzie objawy ciężkiej kiły. Dostawszy bólu nad okiem, chodziła do najrozmaitszych lekarzy, zawsze sama wskazując na syfilityczne pochodzenie cierpienia, które też przez kolegów bywało jako takie usprawiedliwionem i odpowiednio leczonem. W końcu zażywała jod, a dostawszy, oczywiście wskutek wysypki jodowej, nabrzmienia powiek lewego oka, przestraszona poszła do okulisty, któremu się znowu oskarżała, ten jednakże na razie założył tylko opaskę Salzwedlowską i przepisał maść »jodową« do pocierania. Objawy po czterech dniach znikły, ale boleści dawne trwają. Używając dalej jodu, dostała podobnego nabrzmienia na prawem oku. »Już teraz z pewnością mam ciężką postać kiły«, pomyślała chora, a obawiając się postaci trzeciorzędnej, na własną rękę rozpoczęła leczenie antisyfilityczne, ale bóle nie ustają.

Badanie wykazuje osobę dość silnie zbudowaną bez najmniejszych objawów jakiejkolwiek postaci kiły, natomiast śledziona dość znacznie nabrzmiała a nerw nadoczodołowy zwłaszcza lewej strony na dotyk bardzo wrażliwy.

Chora w czasie badania zawsze i ciągle znowu wspomina i to z niemałą znajomością rzeczy o rozmaitych postaciach kiły, które mogą się u niej rozwinąć, a tylko z wielkim trudem udało mi się ją przekonać, że niema do tego najmniejszego powodu, wykazując, że cierpienie jest nam jasnem, bo chodzi o nerwicę nerwu nadoczodołowego na podstawie malaryi, którą chora rzeczywiście przechodziła. Zaopatrzona w przepis na proszki chinowe i phenacytynowe, odeszła uspokojona, i o ile później

się przekonałem, na razie ze swej syfilodofobii wyleczoną została. Czy na długo? Vederemo.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique. 1905. Nr 6. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski).

O przesączaniu cieczy wśródocznych i o jego znaczeniu w patogenezie jaskry. Uwagi, odnoszące się do pracy Dra Uribe y Troncoso. (Sur la filtration de l'oeil et sur son rôle dans la pathogénie du glaucome. Remarques rélatives au travail de M. le Dr Uribe y Troncoso). Prof. Leber z Hajdelbergi.

W pracy tej broni Prof. Leber przyrządu swego, służącego do oznaczania ilości cieczy, przesączającej się z oka, pod zwiększonem ciśnieniem przed zarzutami, jakie mu stawia w styczniowym numerze Ann. d'Ocul. Dr Uribe y Troncoso. Nie twierdzi wprawdzie Leber, ażeby manometr jego pozwalał wykonywać pomiary z bezwzględną dokładnością, ale pochlebia sobie, że uzyskał przy jego użyciu dokładniejsze wyniki, niż którykolwiek z autorów, którzy się przed nim przedmiotem tym zajmowali. Troncoso zarzuca, że manometr Lebera nie mierzy ilości cieczy wychodzącej z oka, a tylko podaje ilość cieczy do oka wtłaczanej, na to odpowiada Leber, że choćby i tak było, to dokładność wyników nic na tem ucierpieć nie może, ponieważ te dwie ilości są zupełnie równe, jeśli się tylko baczy, żeby ciśnienie wśródgałkowe przez cały ciąg doświadczenia nie ulegało zmianie Istotnie, jeśli manometr połączony z okiem nie zdradza żadnych wahań, to można przypuścić, że do gałki ocznej w jednostce czasu taka sama ilość cieczy wchodzi, jaka ją w tym czasie opuszcza. Inaczej wobec niezmiernie małej podatności ścian gałki ocznej zmiany w ciśnieniu byłyby nieuniknione. Leber zwraca uwagę, że Troncoso posługując się w swych doświadczeniach jego przyrządem, zaniedbał przestrzegać tej nieostrożności i dopuszczał do zmian w ciśnieniu wśródgałkowem, nie dziw przeto, że uzyskał wyniki odmienne, ale i błędne zarazem. Pomijam cały szereg innych uwag polemicznych, odnoszących się do dokładności Leberowskiego manometru, a podkreślę tylko krytyczne zapatrywanie Lebera, odnośnie do teoryi patoge-

nezy jaskry, jaką wygłasza Uribe y Troncoso. Na podstawie swych badań nad przesączaniem się cieczy przez ściany oczu prawidłowych i chorych doszedł Troncoso do przekonania, że utrudnienie odpływu cieczy w oczach, jaskrą dotkniętych, zależy od znacznej zawartości białka cieczy wodnej przedniej komory. Doświadczalnie wykazał on, że płyny, zawierające znaczniejszą ilość istot białkowatych, przesączają się z oka z wielką trudnością, a z drugiej strony, wydobywając zapomocą strzykawki Pravatza ciecz wodną z przedniej komory oczu prawidłowych i w różnych stanach patologicznych znalazł zapomocą dokładnych rozbiorów chemicznych niezwykle wielką zawartość istot białkowatych w cieczy wodnej w przypadkach jaskry. Pierwszej części tych badań Leber nic zarzucać nie chce, ponieważ sam podobnych badań nie przeprowadzał, ale ponieważ oddawna zajmował się analizą cieczy wodnej w różnych stanach chorobowych oka, przeto ma dosyć podstaw do powątpiewania w ścisłość spostrzeżeń Troncosa, gdyż sam zawsze spotykał zwiększoną zawartość białka cieczy wodnej w przypadkach wewnętrznych zapaleń oka, jak *ophtalmia purulenta*, *iridocyclitis serosa et plastica etc.*, dalej w przypadkach rozległego oderwania siatkówki. Ilość białka w cieczy wodnej bywa w tych razach tak znaczną, że po zagotowaniu ciecz ta krzepnie często w całości, a są to właśnie sprawy chorobowe, przebiegające nie z podwyższeniem, lecz z obniżeniem ucisku wśródocznego. Leber nie przypomina sobie, żeby kiedykolwiek spotkał w cieczy wodnej oka jaskrowego zwiększoną ilość białka. Z tych powodów podaje on w wątpliwość całą teoryę jaskry postawioną przez Uribe y Troncoso.

Przyczynek do znajomości pewnej postaci miąższowego zapalenia, stwardniającego rogówki prawdopodobnie na tle gruźliczem. (Contribution à l'étude d'une forme de kératite parenchymateuse sclérosante probablement tuberculeuse). Dr M. Chesneau z Nantes.

Możliwość gruźlicy w miąższu rogówkowym wydawała się przez długi czas rzeczą wielce wątpliwą, ponieważ nie przypuszczano, ażeby w tkance zupełnie naczyń pozbawionej mógł się rozwinąć gruzełek Langhansa. Dopiero Panas rozpoznawszy w jednym przypadku na podstawie objawów klinicznych gruźlicę rogówki i chcąc to rozpoznanie uzasadnić doświadczalnie, zaszczepił w rogówkę królika hodowlę prątków Kocha i wywołał powstanie gruzełków w tkance rogówkowej. To klasyczne doświadczenie powtarzano następnie wielokrotnie i dziś już nikt nie wątpi, że gruźlica rogówki istnieje. Autor miał sposobność spostrzegać w siedmiu

przypadkach pewną postać miąższowego zapalenia rogówki na tle gruźliczem i tej to postaci chorobowej poświęca w wymienionej pracy szczegółowy rozbiór.

We wszystkich przypadkach rozpoczynało się cierpienie zapalnem zajęciem tkanki przytwardówkowej, przyczem ta *episcleritis*, zwykle do jednego tylko ogniska ograniczona, nie różniła się na pozór niczem od *episcleritis rheumatica*. W dwóch czy trzech przypadkach ciężkich przyszło od razu do zajęcia samej twardówki *(scleritis profunda)* z obrzmieniem i głębokiem nastrzyknięciem barwy fiołkowo-różowej. W krótki czas potem zaczynały się pojawiać punkcikowate ogniska żółtawo-białe w miąższu rogówkowym w pewnej odległości od brzegu, ale zazwyczaj w sąsiedztwie ogniska twardówkowego. Przybłonek ponad tymi naciekami bywał gładki i lśniący. Nacieki te z biegiem czasu powiększały się trochę, a przedewszystkiem powstawały nowe coraz to bardziej bliżej środka rogówki. Nacieki przybrzeżne dostawały po pewnym czasie naczynia przeważnie głębokie, z pod rąbka spojówkowego wyrastające. Nacieki bliżej środka położone pozostawały zazwyczaj nieunaczynionymi. W cięższych przypadkach poszczególne guzki zlewały się w jedną szarożółtawą masę. Tęczówka we wszystkich przypadkach autora była wolną od zmian chorobowych. Pod wpływem leczenia guzki opisane bądź to w przypadkach korzystniejszych ulegały zupełnemu wessaniu, bądź też, co się częściej zdarzało, pod wpływem waskularyzacyi zamieniały się na blizny, które wraz z miotełką naczyniową tworzyły bardzo znamienne wypustki białe, z których powstawał rodzaj ząbkowania na granicy rogówki. Na dnie oka nie spotkał autor w żadnym wypadku zmian wybitniejszych. Jako znamienny objaw cierpienia podkreślić należy brak silniejszych objawów zadrażnienia gałki ocznej i stosunkowo nieznaczne przypadłości podmiotowe, co się tłumaczy z jednej strony brakiem zapalenia tęczówki, a z drugiej tem, że przybłonek rogówkowy pomimo znacznych zmian w warstwach głębokich prawie wcale nie cierpi. Gdy chodzi o rozpoznanie etyologiczne, to wobec głębokich nacieków w rogówce pierwsza myśl nasza zwraca się ku kile. W żadnem ze swych spostrzeżeń nie znalazł autor ani jakichkolwiek danych w wywiadach co do kiły wrodzonej lub nabytej, ani też żadnych przedmiotowych śladów kiły; W początkach cierpienia wobec zajęcia twardówki względnie tkanki przytwardówkowej możnaby myśleć o reumatyzmie, i tutaj zwraca autor uwagę na nowsze badania w dziedzinie patologii *(Poncet)*, które stworzyły nowe pojęcie tak zwanego gozćca gruźliczego *(rheumatismus tuberculosus)*, t. j. postaci mieszanej, pochodzenia na poły gruźliczego, a na poły reumatycznego. O takiem tle etyologicznem możnaby też myśleć w przy-

padkach opisanych przez autora, który ani histologicznych ani bakteryologicznych badań nie mógł przeprowadzić, a tuberkuliny chorym swoim nie wstrzykiwał po części z powodu ich oporu. Rokowanie jest, jak wynika z przebiegu sześciu przypadków autora w tej postaci zapalenia rogówki wcale korzystne, oczywiście przy odpowiedniem leczeniu. Z wyjątkiem jednego przypadku o nader ciężkim przebiegu, we wszystkich innych chorzy odzyskali bystrość wzroku, wystarczającą do wykonywania pracy zawodowej. Korzystne te wyniki przypisuje autor sposobowi leczenia, jaki u chorych swych po raz pierwszy zastosował. Idąc za przykładem Kostera, który w przypadkach gruźlicy tęczówki wstrzykuje powietrze do przedniej komory, wdmuchiwał Chesneau także czyste powietrze przez igłę irydyoplatynową zwyczajnej strzykawki, jednak nie do przedniej komory, lecz pod spojówkę gałkową w ilości 1—4 cm^3. Powietrze to musi być poprzednio przefiltrowane przez wyjałowioną watę odtłuszczoną. Przy wstrzykiwaniu należy zachować tę ostrożność, ażeby koniec igiełki przesunąć pod spojówką na odległość 5—6 mm od miejsca wkłucia, inaczej powietrze wychodzi przez rankę w spojówce na zewnątrz. Oprócz miejscowych wstrzykiwań powietrznych uwzględnia autor stan ogólny chorych, zalecając posilne odżywienie, pobyt na świeżem powietrzu, odpowiednią hygienę, a na wewnątrz podając tran rybi, arszenik itp. środki.

Klin. Monatsbl. f. Aghk. R. XLIII. T. I. maj 1905. (Ref. Dr Liebermann).

Przyczynek do nauki o wrzodach rogówkowych spowodowanych przez diplobacyle oraz przyczynek do nauki o odporności tychże przeciw wyschnięciu we wydzielinach. (Ein Beitrag zur Kenntnis der Diplobacillengeschwüre der Kornea nebst Untersuchungen über die Widerstandsfähigkeit der Diplobacillen gegen Austrocknung in Sekreten). Dr Paul Erdman — Rostok.

W całym szeregu kataralnych wrzodów rogówkowych, które autor badał drobnowidowo i bakteryologicznie, znalazł w przeważnej ilości przypadków dwoinki Axenfelda i to w głębokich warstwach wrzodu usadowione. Zaraźliwość tego kataru ocznego stwierdził on w ten sposób, iż zarażał zdrową spojówkę ludzką prątkami, wziętemi z kultury. Prawie zawsze otrzymywał wynik dodatni.

Co do odporności tych prątków na wysychanie, to starał się ją autor w ten sposób zbadać, iż rozcierał wydzielinę z oka na szkiełkach nakrywkowych; okazało się, iż jeszcze po 7 godz. prątki

te były zdolne do dalszego rozwoju, jeżeli przeniesiono je na odpowiednią pożywkę.

Chcąc zbadać odporność tych prątków we warunkach, do normalnych najbardziej zbliżonych, napajał małe kawałki płótna (5 mm^2) wydzieliną spojówkową i przechowywał je w świetle dziennem, w zamkniętych rurkach szklanych. Bakterye te jeszcze po 14 dniach okazywały wybitną żywotność. Autor przypisuje to tej okoliczności, iż bakterye te żyły pod skorupką zaschłej wydzieliny spojówkowej.

O naczyniach optico-ciliares. (Ein Beitrag zur Kenntniss opticociliarer Gefässe. Dr Braune z kliniki prof. Schöltera.

Autor opisuje dwa przypadki tego zboczenia rozwojowego. W jednym z nich naczynie to było żyłą, w drugim tętnicą.

O hemianopsia bitemporalis. Dr Paukstat, asystent kliniki pryw. Dra Treitla z Królewca.

W dwóch przypadkach przyczyną cierpienia był nowotwór z podstawy czaszki wychodzący, w trzecim zaś rozszerzona boczna komora ugniatała na nerw wzrokowy. We wszystkich trzech przypadkach objawy hemianopsyi były nie stałe. Przyczynę cierpienia stwierdzono sekcyą.

Uraz momentem przyczynowym konstytucyjnej choroby ocznej. (Trauma als Veranlassung einer konstitutionellen Augenerkrankung. Dr Guillery. Kolonia.

Nawiązując do przypadku sądowego, w którym rzeczoznawcy wydali nieprzychylne dla poszkodowanego orzeczenie, wykazuje autor, iż uraz może wywołać u osobnika, który przeszedł kiłę, miąższowe zapalenie rogówki.

Jeżeli bowiem w ustroju krąży jakiś jad, to narządy tem dłużej i tem skuteczniej będą się opierały działaniu tego jadu, im czynności tegoż są prawidłowsze. Uraz, zmieniający warunki krążenia i odżywiania w oku, zmniejsza tem samem i jego odporność na jad syfilityczny. W ten sam sposób tłómaczy autor i sympatyczne zapalenie drugiego, nie uszkodzonego oka. Zapalenie bowiem jednego, powoduje skutkiem sympatycznego podrażnienia zmiany odżywcze i w drugiem oku, a tem samem zmniejsza i jego odporność.

O pętlach nerwowych wśród twardówki przebiegających. (Intrasklerale Nervenschleifen). Prof. Dr Groenouw. Wrocław.

Przy badaniu mikroskopowem seryi preparatów zauważył autor smugę włókien nerwowych w twardówce, w przedniej jej części przebiegającą. Zboczenie to tłómaczy autor mechanizmem rozwojowym oka. Ponieważ mianowicie twardówka wyróżniła się z mezodermy daleko później, niż naczyniówka i naczynia, ta więc w danym razie pociągnęła za sobą w czasie rozwoju pętlę nerwową, którą następnie włókna łącznotkankowe twardówki obrosły. Za tą teoryą przemawia w danym przypadku ta okoliczność, iż koło nerwu leżało naczynie krwionośne.

Przypadek kilaka nerwu wzrokowego poza tarczą tegoż i kilakowego zapalenia naczyniówki. (Ueber einen Fall von Gummigeschwulst des Opticus hinter der Papille und von Chorioiditis gummosa). Doc. Dr Stock.

W części oczodołowej nerwu wzrokowego znajdował się naciek kilakowy na całym przekroju nerwu, naciek, który zniszczył wszystkie włókna nerwowe. Siatkówka była odczepioną, a jej elementa rozpadłe; w naczyniówce naciek i liczne ogniska nekrotyczne.

O restitutio ad integrum wobec tego, iż nerw wzrokowy na całym przekroju uległ zniszczeniu, mowy być nie mogło. Oko zaś wyjęto z powodu ciężkiego napadu ostrej jaskry.

Dobrotliwy guz na dnie oka. (Benignes stationäres Gebilde des Augengrundes). Dr Mauch. Wrocław.

Autor obserwuje obecnie od lat 8 pacyenta, który wówczas zgłosił się z podaniem, iż prawem okiem gorzej widzi niż lewem.

Badanie dna oka wykazuje, co następuje: ze środka tarczy nerwu wzrokowego wychodzi ku górze dosyć grube pasmo tkanki łącznej; w plamce żółtej widać dużą czarną plamę (powstała ona dopiero w ciągu tych ośmiu lat, poprzednio, t. j. przy pierwszem badaniu plamka żółta dawała obraz nieco zatarty). Poza plamką żółtą, już na obwodzie pola widzianego wziernikiem, znajduje się rozległy, trójkątny guz, w około którego widać naczyniówkę i rozsiane liczne czarne plamki. Oko zewnętrznie ma wejrzenie prawidłowe, jest niebolesne.

Przypadek odczepienia siatkówki uleczony opatrunkiem uciskowym. (Kasuistischer Beitrag zur Wirkung des Druckverbandes bei Netzhautablösung). Dr K. Wessely.

Zaprowadzonego przez Samelsona*) sposobu leczenia odczepionej siatkówki opatrunkiem uciskowym zaniechano następnie głównie

*) Nie Samelsohn ale Foerster w Wrocławiu zaprowadził leczenie za pomocą opasek uciskowych w odczepieniu siatkówki. *W.*

z tego powodu, iż ucisk na gałkę oczną przyczynia się do obniżenia następowego parcia śródocznego. Mimo to w niektórych przypadkach leczenie to dać może zadawalniające wyniki, jak to przytoczony przez autora przypadek udowadnia. Silnym opatrunkiem uciskowym, obok spokojnego leżenia w łóżku, wyleczył on jeden przypadek odczepienia siatkówki, powstały skutkiem silnej krótkowzroczności.

Zapalenie jagodówki i ciałka rzęskowego w przebiegu kokluszu. (Ein Fall von Iridocyklitis während eines Keuchhustens). Dr Chronis, Erlanga.

W przebiegu kokluszu powstała u dziecka iridocyklitis, dla której nie można było znaleść innej przyczyny, jak tylko wyżej wspomnianą chorobę. Zdaniem autora kolonia drobnoustrojów chorobotwórczych, dostawszy się do naczynia włosowatego, zaczopowała je i spowodowała zapalenie ropne.

O przemieszczeniu ścięgna mięśniowego w przebiegu zezu porażennego. (Zur Verlagerung bei paralytischem Schielen). Dr Ohm.

Przecinając w przebiegu zezu porażennego, celem usunięcia podwójnego widzenia, ścięgno antagonisty, należałoby, aby utrzymać równowagę zachwianą przecięciem ścięgna, przeciąć i ścięgno mięśnia współdziałającego na oku drugiem, a nadto z tych samych powodów i ścięgno jego antagonisty. Zamiast jednej operacyi należałoby więc wykonać aż trzy. Tej niedogodności zapobiedz można, nie wykonując wcale tonotomii, przemieszczając natomiast ścięgno mięśnia porażonego ku przodowi. Przemieszczenie bowiem przyczepu wzmacnia siłę danego mięśnia i o ile tenże pomimo porażenia zdolnym jest do działania, może swą czynność tem łatwiej wykonać.

Księga pamiątkowa wydana z powodu 25cioletniego jubileuszu prof. Juliusza Hirschberga w Berlinie przez jego uczniów i przyjaciół. (Lipsk, 1905, stronic 352). (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski)

Blefaroplastyka wykonana zmodyfikowaną metodą włoską (operacya Graefego) (Blépharoplastie par la méthode italienne modifiée [opération de Graefe]). Prof. de Lapersonne z Paryża.

Blefaroplastyka sposobem włoskim bywa opisywaną we wszystkich podręcznikach, ale wykonywaną nadzwyczaj rzadko. Przy-

czyną tego był może brak odpowiedniego przyrządu, unieruchomiającego rękę chorego przy operowanem oku. Prof. Lapersonne wykonał niedawno operacyę taką sposobem podanym przez Karola Ferdynanda Graefego, posługując się przytem przyrządem ustalającym, pomysłu Bergera, używanym do rinoplastyki włoskiej.

Przyrząd ten składa się z czapki, którą się wkłada na głowę operowanego, z napierśnika połączonego z pasem, obejmującym w pół tułów operowanego i z rękawa, w którym układa się rękę w odpowiedniem położeniu. Wszystkie te trzy części połączone są paskami, rzemykami, sprzączkami tak, że pozwalają rękę ustalić przy głowie zupełnie nieruchomo, przyczem nie krępują wcale ruchów oddechowych.

Lapersonne operował młodego, 22letniego człowieka, który w drugim roku życia uległ na całem ciele bardzo silnym oparzeniom. Skóra całej prawej połowy twarzy była zamienioną na cienką do kości przylegającą bliznę. Obie powieki prawego oka zupełnie odwinięte, zwłaszcza górna, której brzeg rzęsowy leżał tuż pod łukiem brwiowym. Oko od niedawna podrażnione, na rogówce łuszczka i wrzody. Autor przedstawił inteligentnemu choremu alternatywę przeszczepienia skóry z ręki bez szypuły, przyczem wyraził wątpliwość co do widoków jej przyjęcia się, i przeszczepienie płata uszypułowanego, zapomocą metody włoskiej. Chory bez wahania przystał na drugi sposób, choć tak dla operowanego uciążliwy. Zakładano mu najpierw przez szereg dni przyrząd Bergera, ażeby się przyzwyczaił do niewygodnego trzymania ręki, a gdy chory zdał egzamin z cierpliwości, przystąpiono do operacyi w uśpieniu chloroformowem. Po oddzieleniu górnej powieki od łuku brwiowego i odprowadzeniu jej do prawidłowego położenia, powstał duży ubytek, który pokryto prostokątnym płatem skóry z wewnętrznej strony prawego ramienia. Płat ten mniej więcej prostokątny (8 $\times$ 4 cm) miał szeroka szypułę, i został po dokładnem zbliżeniu ramienia do oka zapomocą licznych szwów do brzegów ubytku przymocowany. Rękę ustalono przy głowie w przyrządzie Bergera i założono odpowiedni opatrunek. Między piątym a ósmym dniem po operacyi wyjęto kolejno wszystkie szwy, a dwunastego dnia przecięto szypułę w narkozie, uwolniono rękę z przyrządu ustalającego, ułożono ją powoli i ostrożnie wzdłuż ciała. Ranę na ręku odświeżono i pokryto sposobem Reverdin-Ollier'a. Płat przeszczepiony przyjął się zupełnie dobrze, a wynik kosmetyczny operacyi wypadł zadowalniająco, jak o tem świadczy umieszczona w pracy reprodukcya fotografii.

Lapersonne bardzo zaleca włoską metodę blefaroplastyki we wszystkich przypadkach, gdzie w sąsiedztwie oka niema zdro-

wej skóry do wytworzenia uszypułowanego płata, i w których chory daje dostateczną rękojmię cierpliwego znoszenia przyrządu ustalającego. Ponieważ ogłoszono przypadki zesztywnienia stawów po kilkunastudniowem unieruchomieniu ręki, a nawet embolię śmiertelną w chwili uwolnienia ręki z opatrunku, przeto zaleca autor wielką ostrożność i radzi wykonywać tę operacyę tylko u osobników młodych i zresztą zupełnie zdrowych.

Xanthoma duplex conjunctivae bulbi (Xanthome double et symétrique des conjonctives bulbaires). Prof. von Duyse.

Do tej pory nie opisano jeszcze przypadku kępek żółtych *(Xanthoma vel Xanthelasma)* umiejscowionych na spojówce gałkowej. Najczęstszem ich siedliskiem jest skóra powiek i to zwłaszcza powieki górnej. Na 103 przypadków *Xanthoma* zestawionych przez Poensgena 92 razy zajęte były powieki. Zresztą zdarzają się kępki żółte na twarzy i w innych miejscach skóry po ciele. Van Duyse opisuje spostrzeżenie, odnoszące się do 47letniej kobiety, ogólnie zdrowej, nie okazującej żadnych zmian w moczu, która od dwu lat zauważyła wyrośle żółtawe na obu oczach po bokach rogówki. Były to cztery guzy, wyrastające ze spojówki gałkowej w obrębie szpary powiekowej na wewnątrz i na zewnątrz rogówki na obu oczach zupełnie symetrycznie rozłożone. Wszystkie cztery jednakowego wejrzenia i jednakiej wielkości (5 $\times$ 10 $\times$ 4 mm), barwy żółtawo różowawej. Obie rogówki niezmienione; prócz tego chora ta okazywała *Xanthelasma* na powiekach, na skórze piersi i pod łopatką lewą. Guzy spojówki gałkowej zostały wycięte przez doktora Bribosię w Namur i przesłane van Duyse'owi do zbadania histologicznego. Z wyników badania tego podnieść należy, że nigdzie w komórkach nie znaleziono właściwego barwika, tak, że zabarwienie żółte nowotworów trzeba było odnieść wyłącznie do obficie nagromadzonego tłuszczu. Van Duyse podnosi okoliczność, że w moczu chorych nie było żadnych nieprawidłowych składników. Wiadomo bowiem, że kępki żółte występują nieraz na tle cukrzycy. *Xanthoma diabeticum* wyróżnia się jednak od zwyczajnych kępek żółtych, pojawiających się najczęściej u kobiet w okresie przekwitu, szybkim rozwojem i szybkiem zanikaniem pod wpływem dyety i leczenia cukrzycy (Töpfer, Krzyształowicz), dalej obwódką różową, która otacza miejsca zmianą tą dotknięte, a wreszcie umiejscowieniem głównie na kończynach po stronie mięśni wyprostnych.

Schwenter-Trechsler podniósł jako szczegół znamienny, że *Xanthoma diabeticum* nigdy nie zajmuje skóry powiek.

O przyczynach podniesienia napięcia w przebiegu u no-

wotworów wśródgałkowych (Ueber die Ursachen der Binnendrucksteigerung bei Geschwülsten innerhalb des Augapfels). Dr A. Birnbacher z Grazu.

Aż nadto jest dobrze znaną rzeczą, że w przebiegu nowotworów wśródgałkowych przychodzi zazwyczaj prędzej lub później do podniesienia ucisku wśródbocznego *(stadium glaucomatosum)*. O przyczynach jednak tego zjawiska nie mamy jeszcze pewnych wiadomości, w każdym razie dawne przypuszczenia jakoby samo tylko zwiększenie treści gałki ocznej przez wzrost nowotworu miało być powodem objawów jaskrowych, dziś już nie wytrzymuje krytyki. Putiata Kerschbaumer w swej monografii »Das Sarkom des Auges« krótko tylko omawia przyczynę podniesienia napięcia przy nowotworach wśródgałkowych i odnosi ją do zaburzeń w krążeniu wśródocznem. Autor stara się na podstawie badania anatomicznego siedmiu gałek ocznych wyjaśnić bliżej tę sprawę. W pięciu przypadkach znalazł mięsaka naczyniówki, w jednym *glioma retinae*, a w jednym wreszcie guz gruźliczy. We wszystkich objawy jaskry następowej były bardzo wybitne. Teoretycznie przypuścić można albo wzmożony przypływ cieczy do gałki ocznej, albo utrudniony odpływ tychże. Wiadomo, że liczne badania w tym ostatnim czynniku wykazały główną przyczynę wzmożenia napięcia wśródgałkowego przy jaskrze. Główną drogę odpływową dla cieczy wśródocznych stanowi, jak wiadomo, obwodowy kącik przedniej komory, prócz tego istnieją szczeliny limfatyczne w otoczeniu żył wirowych i nerwu wzrokowego. We wszystkich gałkach z wyjątkiem jednej znalazł autor zamknięcie przestrzeni Fontany przez zrost obwodowej części tęczówki z rogówką. W niektórych przypadkach nowotwór przez własny wzrost zamknął tę przestrzeń, w innych musiał autor przypuścić działanie na odległość za pośrednictwem jadowitych produktów, wywołujących na obwodzie tęczówki zapalenie zlepne. Takie działanie na odległość starał się autor wykazać także doświadczalnie, wstrzykując królikom do ciała szklistego rozcieńczoną tuberkulinę Kocha. W każdym przypadku powstawała *iritis plastica*. W jednej z gałek ocznych, gdzie obwodowa część przedniej komory nie była zarośnięta, znalazł Birnbacher światło jednej z żył wirowych wypełnione całkowicie masą nowotworową. W tym wypadku uważa on to utrudnienie w odpływie krwi żylnej za czynnik wywołujący jaskrę następową.

Przyczynek do historyi soczewek szklanych (Zur Geschichte der Glaslinsen). Dr Claude du Bois-Reymond.

W antykwaryum berlińskiego muzeum historycznego znajdują

się trzy szklanne szyby najniewątpliwiej z okien, pochodzące z czasów cesarstwa rzymskiego. Szyby te prostokątne (28 cm. X 38 cm.) budzą podziw czystością szkła i dokładnością szlifu, jedna ich powierzchnia jest płaska, druga zaś niejednostajnie wypukła (zbliżona do powierzchni torycznej). Grubość szyb w środku wynosi 3 cm., a na obwodzie zaledwie kilka milimetrów. Ogniskowa wynosi zatem jeden do dwu metrów. Okazy te świadczą, że już za rzymskiego cesarstwa umiano odlewać, względnie szlifować szkło w postaci wypukłych soczewek. Świadczą o tem także nieliczne co prawda lupy ręczne znalezione w wykopaliskach rzymskich.

Pierwotny mięsak tęczówki (Primäres Sarcom der Iris) Dr Oskar Fehr.

Przy dzisiejszym olbrzymim rozwoju literatury kazuistycznej najrzadsze nawet przypadki chorobowe muszą się doczekać pokaźnej liczby publikacyi. Najlepszym tego dowodem jest mięsak tęczówki, który zdarza się mniej więcej raz na 65.000 chorych ocznych, a jednak Wood i Pusey zdołali w 1903 r. zestawić 88 ogłoszonych spostrzeżeń. Do tej liczby dodaje autor trzy nowe z berlińskiej. kliniki prof. Hirschberga. Pierwszy przypadek dotyczy 35 letniego mężczyznę, który się zgłosił z powodu osłabiena wzroku na oku lewem, dodając, że brunatne znamię, jakie miał na tęczówce tego oka od urodzenia zaczęło od niedawna szybko się powiększać, badanie wykazało brak podrażnienia, ale oko twarde, a na tęczówce dołem zewnątrz ciemno brunatny guzek sięgający od brzegu źrenicznego, aż po brzeg rzęskowy tęczówki. Prof. Hirschberg wykonał szeroką irydektomię, wycinając w zdrowej tkance nowotwór. Badanie mikroskopowe wykazało typowe utkanie mięsaka. W miesiąc po operacyi oko było zupełnie blade, szpara w tęczówce szeroka i regularna, nigdzie ani śladu nawrotu. Z czasem jednak wystąpiły na oku tem objawy jaskry prostej bez objawów zapalnych i bez bólów. Nerw wzrokowy uległ głębokiemu wydrążeniu i oko straciło poczucie światła. Po dziewięciu latach jednak od czasu operacyi nie można było wykazać nigdzie nawrotu guza, a operowany cieszył się kwitnącem zdrowiem ogólnem.

W drugim przypadku u 43letniego woźnicy powstał na tęczówce lewego oka guzek nowotworowy dołem i chory zgłosił się z powodu bardzo silnych objawów zapalnych. Ponieważ oko było oślepłe, a rogówka tak zaćmiona. że o rozmiarach i rozprzestrzenieniu się nowotworu nie można było mieć żadnej pewności, wyjęto gałką niezwłocznie. Sekcya wykazała nowotwór mięsakowy, wyrastający z tęczówki drążący w głąb gałki ocznej, i wypełniający całą jej nosową połowę. Autor stwierdził, że naciek nowotworowy szerzy się w tym wy-

padku: 1) wprost z tęczówki na ciało rzęskowe, 2) rozsiewa się po tęczówce w postaci drobnych odosobnionych guzków przerzutowych, 3) okrężnie rozrasta się w kąciku przedniej komory, a wreszcie 4) przez bliznę operacyjną (w przypadku tym już poprzednio była w innej klinice wykonana irydektomia) wciska się naciek nowotworowy w miąższ rogówki i pod spojówkę. W cztery lata po operacyi zgłosił się woźnica ów do kliniki powtórnie, przyczem ani miejscowo ani ogólnie nie wykazano najmiejszych objawów nawrotu.

Trzeci przypadek jest o tyle ciekawy, że z konieczności spostrzegano tutaj wzrost mięsaka tęczówki przez długi szereg lat, ponieważ chora nie chciała słyszeć o operacyi, oko bowiem dotknięte nowotworem o wiele lepiej widziało, niż drugie okazujące znaczne zaćmienie w ciele szklistem. Była to staruszka 63letnia, u której właśnie przy badaniu lewego oka z powodu wymienionych zaćmień odkryto przypadkiem na oku prawem dołem wewnątrz na tęczówce mały ciemny guzek nowotworowy. W trzy lata później zgłosiła się ona z powodu krwotoku do przedniej komory z powoli rosnącego guzka. Później krwotoki te często się powtarzały w różnym stopniu i krew zawsze ulegała wessaniu. Od czasu do czasu pojawiały się także nieznaczne objawy jaskrowe, które mijały jednak bez następstw. Obecnie po 15tu latach guzek jest zaledwie dwa razy większy niż z początku, oko bez podrażnienia, bystrość wzroku pełna, pole widzenia prawidłowe. Mimo niezmiernie powolnego wzrostu nowotworu, autor nie ma najmniejszej wątpliwości co do jego złośliwej przyrody. Chora jednak dalej, jak dotąd, odpycha wszelką myśl o operacyi. Rozbierając te trzy spostrzeżenia własne w związku ze statystyką mięsaka tęczówki ogłoszona przez W o o d'a i P u s e y'a stara się autor przedewszystkiem rozstrzygnąć trudne pytanie, czy wobec ograniczonego nowotworu złośliwego tęczówki, musimy co najrychlej przystąpić do wyłuszczenia gałki ocznej, czy też wolno nam się ograniczyć, do wycięcia guzka wraz zajętą tęczówką, zapomocą zwyczajnej irydektomii. Pomijając długie wywody i rozważania autora streszczam tylko jego ostateczne wnioski:

Wobec tego, że w żadnym wypadku mięsaka tęczówki nie mamy pewności, czy zdołamy zapomocą irydektomii usunąć nowotwór doszczętnie, przeto w każdym przypadku najpewniejszym i najbezpieczniejszym sposobem pozostanie zawsze enukleacya. Jeśli chory na to się nie godzi, to wolno w pewnych przypadkach próbować irydektomii, która w 72% przypadków sprowadziła przecież wyleczenie trwałe.

Postąpić tak wolno jednak tylko wtedy, gdy guzek jest mały, ograniczony, i gdy nie dosięga wieńca rzęskowego, a powtóre, gdy mamy pewność, że chorego z oczu nie stracimy, aby módz wrazie potrzeby jeszcze

gałkę zawczasu wyłuszczyć. Jeżeli nowotwór dosięgnął już jednak kącika przedniej komory, wtedy irydektomia jest wprost przeciwwskazaną jako zabieg niebezpieczny. Znane jest bowiem ogólne prawo chirurgiczne, że nowotwory nie doszczętnie operowane chętnie się uogólniają, a w szczególności co do oka przerwa w błonie Descemeta i blizna po irydektomii stanowią najczęstszą drogę, którą naciek nowotworowy z głębi gałki ocznej wydostaje się pod spojówkę. Z tego powodu podobie jak nakłucie próbne przy mięsaku naczyniówki, tak i irydektomia wykonana w celach rozpoznawczych przedstawiają poważne niebezpieczeństwa.

Złośliwy przybłoniak ciała rzęskowego u pięcioletniego dziecka (Malignes Epitheliom des Ciliarkörpers bei einem fünfjährigen Kinde). Dr R. Kuthe und Dr T. Ginsberg.

We wrześniu 1902 roku zgłosił się do jednego z autorów wieśniak z pięcioletnią córeczką z powodu zmiany na oku prawem. Dziecko to było w maju tegoż roku operowane w pewnej klinice z powodu »zielonej katarakty«. W lipcu zauważyli rodzice, że w miejscu cięcia powstał guzek żółtawy w głębi oka i powiększa się coraz bardziej.

Badanie wykazało oko lewe prawidłowe, oko zaś prawe zupełnie oślepłe i twarde (T + 1). Dokoła rogówki lekkie nastrzyknięcie rzęskowe, powierzchnia rogówki górą trochę ćma, przednia komora płytka, ciecz wodna jasna, szaro-niebieska tęczówka okazuje górą szeroką szparę, której ramię nosowe przedstawia się prawidłowo, skroniowe zaś pokryte jest w całości szaro-różowym naciekiem nowotworowym, płaskim, który z głębi źrenicy wychodzi i przez brzeg szpary przedostaje się na przednią powierzchnię tęczówki i pokrywa ją w całym zewnętrznym kwadrancie aż po obwodowy kącik przedniej komory. Soczewka usunięta, w źrenicy widać tylko strzępki torebki. Wziernikiem wydobywa się z oka odblask różowy, ale szczegółów dna oka nie widać. Przy oświetleniu ogniskowem dostrzedz można, że nowotwór po stronie zewnętrznej sięga wgłąb gałki ocznej w postaci szaro-żółtawej masy. Po wykluczeniu gruźlicy i mięsaka jagodówki rozpoznanie wahało się pomiędzy glejakiem siatkówki, a przybłoniakiem. Gałkę oczną wyłuszczono i poddano dokładnemu badaniu anatomicznemu. Badanie to wykazało guz, wychodzący z ciała rzęskowego w części skroniowej gałki ocznej i szerzący się ku przodowi w wyżej opisany sposób, ku tyłowi zaś sięgający do równika gałki. Badanie mikroskopowe guza wykazało jego czysto przybłonkową przyrodę. Nowotwór nie posiadał prawie wcale stroma, i tylko nieliczne i nikłe naczynia. Nerwów nigdzie nie wykazano. Na zakończenie pracy przytacza autor nie-

liczne dawniej ogłoszone przypadki tego tak rzadko u dzieci występującego nowotworu.

Związek między wielkością obrazka siatkówkowego a siłą wrażeniową świecących przedmiotów przy patrzeniu naosiowem (Ueber die Beziehungen zwischen Flächengrösse und Reizwert leuchtender Objecte bei fovealer Beobachtung). Dr Loeser z Berlina.

Piper w swej pracy o stosunku siły wrażeniowej do wielkości obrazków świecących, przedmiotów wytwarzanych na obwodowych częściach siatkówki podniósł potrzebę sprawdzenia badań Ricco nad takimiż obrazkami wytwarzanymi w plamce żółtej. Na podstawie tych badań Ricco w r. 1877 wysnuł prawidło, że przy jednakiej wartości wrażeniowej iloczyn z powierzchni obrazka siatkówkowego i jego jasności jest ilością stałą. Autor przeprowadził w tym samym kierunku cały szereg badań na oczach prawidłowych zaadaptowanych, oznaczając próg pobudliwości plamki żółtej dla obrazków siatkówkowych o jednakiej powierzchni a różnej jasności, oraz dla obrazków o jednakiej jasności a różnej powierzchni.

Badania te przeprowadzone w inny sposób, niż je wykonywał Ricco potwierdziły jednak jego wnioski, okazało się bowiem, że przy jednakim progu pobudliwości wielkość powierzchni obrazka siatkówkowego jest odwrotnie proporcyonalną do stopnia jego jasności.

Krwotoki siatkówkowe przy kiłowem zapaleniu opon mózgowych (Netzhautblutungen bei Meningitis syphilitica). Dr F. Mendel z Berlina.

U pewnego 25letniego krawca poprzednio zupełnie zdrowego wystąpiły gwałtowne bóle głowy, zesztywnienie karku, zawroty, upośledzenie przytomności i osłabienie wzroku. Cały obraz choroby przemawiał za zajęciem opon mózgowych. Gdy wszelkie środki ból kojące zawodziły, a nawet morfina w silnych dawkach na krótki czas tylko cierpienia uśmierzała, rozpoczęto wcierania rtęciowe mimo, że chory wypierał się kiły stanowczo. Już po kilku wcieraniach nastąpiła bardzo znaczna poprawa, i chory stopniowo do zdrowia powrócił. Wykonano prócz tego szereg nakłuć lędźwiowych, przyczem okazało się, że płyn mózgowo-rdzeniowy zawierał sporą przymieszkę krwi. Badanie dna oczu w czasie choroby wykazało obustronną tarcz zastoinową, oraz liczne i rozległe krwotoki siatkówkowe. W miarę poprawy stanu ogólnego stan oczu także się poprawiał, krew ulegała stopniowo wessaniu, a tarcz zastoinowa zmniejszała się po każdem nakłuciu lędźwiowem tak, że wreszcie

wnętrze obu oczu przybrało wygląd prawidłowy i chory odzyskał obustronnie pełną bystrość wzroku.

Przyczynek do patologii nerwu współczulnego (Beitrag zur Pathologie des Halssympathicus). Dr K. Mendel z Berlina.

Wiadomo, że przecięcie nerwu współczulnego na szyi u zwierzęcia wywołuje po tejże stronie zwężenie źrenicy, obniżenie szpary powiekowej, rozdęcie naczyń skórnych, podwyższenie ciepłoty po tej stronie głowy, zmniejszenie lub nawet zupełne zniesienie jednostronne wydzielania potu i śliny. Później przyłącza się do tych objawów jeszcze zapadnięcie się gałki ocznej w głąb oczodołu i powolny zanik dotyczącej połowy twarzy. Nie wszystkie z tych objawów występują w każdym przypadku porażenia nerwu współczulnego u człowieka. Do najstalszych należą objawy oczne, których geneza jest dostatecznie znaną. Wpadnięcie gałki w głąb oczodołów ma zależeć nietylko od porażenia gładkich włókien Müllerowskiego mięśnia oczodołowego, ale także od zaniku tkanki tłuszczowej poza gałką oczną. Autor przytacza spostrzeżenie, odnoszące się do 53-letniej kobiety, u której przyszło do porażenia szyjnego splotu współczulnego po stronie lewej skutkiem ucisku wywieranego na nerw przez skostniałą część wola. Objawy oczne wystąpiły w całej pełni, z innych zaś wymienia autor zmniejszenie wydzielania potu i niższą ciepłotę skóry po stronie porażonej w porównaniu z drugą połową twarzy. Objaw ten występował głównie przy znaczniejszych wysiłkach fizycznych i po wstrzyknięciu pilokarpiny.

W. C. d. n.

Wiestnik Oftałmołogii. Lipiec — Sierpień. 1905. (Ref. Dr J. Matusewicz.).

Określenie w procentach stopnia niezdolności do pracy wywołanej przez uraz. (Procentnoje wyrażenje osłablenja trudospasobnosti w zawisimości ot powreżdenja głaz). J. Kacaurow.

Autor poddaje krytyce tabellę Jostena, podaną w drugim zeszycie Wiestnika Oftalmologii za r. b. i proponuje pewne modyfikacye. (Praca nie nadaje się do streszczenia).

Nerwice naczyniowe siatkówki. (Angioneurozy sietczatoj obołoczki głaza). E. P. Braustein. Charków.

15 przypadków, spostrzeganych przez siebie, podaje autor. Chorzy, przeważnie kobiety, zgłaszają się ze skargą na mgliste widzenie, lub też na zupełną utratę wzroku.

W pierwszych 5 przypadkach cierpienie polegało na skurczu częściowym niektórych gałęzi *art. centralis retinae*. Badanie wzroku wykazało znaczne upośledzenie, w polu widzenia były *scotomata*. Cierpienie, dotykające osób nerwowych, występowało napadami, poczem wzrok wracał do normy. W dwóch następnych przypadkach miało się do czynienia z ischemią siatkówki, wywołaną w 1ym przypadku pracą męczącą, w drugim chorobą zakaźną (odra). Przy wziernikowaniu: arterye bardzo cienkie, okolica *macula lutea* szarawa, oedematyczna. Przypadek 8 i 9 ciekawe są z tego względu, że chodziło o nerwicę urazową. Uraz dotknął okolicę nadbrwiową. W drugim z tych 2 przypadków oprócz zwężenia naczyń był wylew krwi w okolicę *macula lutea*.

Przypadek 10 dotyczył chorej, dotkniętej hysteryą i erotomanią, pod wpływem której oddawała się ona samogwałtowi. Skurcz naczyń występował tu jednocześnie z klonicznymi kurczami ogólnymi. W 3 następnych przypadkach upośledzenie wzroku zostało wywołane skurczem arteryj i wylewami krwi do siatkówki, powstałemi drogą odruchu wskutek podrażnienia narządów płciowych; a mianowicie w 2 przypadkach przy masturbacyi, w jednym przy gwałtownem spółkowaniu.

Wreszcie w 2 ostatnich przypadkach skurcz naczyń spowodowany został zmianami w ściance naczyń na tle zwapnienia oraz skazy moczanowej i poprzedzał thrombosis.

Przy częściowym skurczu obraz wziernikowy może być uderzająco podobny do embolii i często stawi się to rozpoznanie, dopiero dalszy przebieg wskazuje, z czem się ma do czynienia. Najczęściej szczególnie u młodych osobników następuje *restitutio ad integrum*. Chociaż nie należy uważać zawsze nerwic naczyniowych za niewinne cierpienie. Często powtarzające się napady mogą spowodować wylewy krwi, które autor tłómaczy tem, że skurcz jednej gałęzi naczynia powoduje nadmierne wypełnienie innych, a przy podwyższeniu ciśnienia i pęknięcie. Oprócz tego mogą nastąpić zmiany w tkankach naczyń i zmiany w samej siatkówce wskutek złego odżywienia.

Autor mniema, że niektóre amblyopie wywołane zatruciem, np. ołowiem, alkoholem, nikotyną itd., występujące pod postacią *neuritis retrobulbaris*, dalej *neuritides* przy karmieniu, po porodzie, reumatyczne i zakaźne nie są z początku niczem innem, jak nerwicą naczyniową, a obrzęk jest objawem wtórnym, wywołanym zmianą kurczowo ściągniętych lub paralitycznie rozszerzonych naczyń.

O torbielach załamka półksiężycowego. (O kistach połułunnoj składki). Dr G i n s b u r g. Woroneż.

W literaturze znajduje autor tylko 5 przypadków, do których dodaje 2 swoje. Badanie drobnowidowe wykazało, że jeden z torbieli był pochodzenia przybłonkowego, drugi zaś należał do typu torbieli gruczołowych.

3 przypadki melanosis oculi. (Tri słuczaja melanosis oculi). A. Gurfinkel, Równo.

Przypadki dotyczyły osób semickiego pochodzenia, odznaczających się ogólnem ciemnem ubarwieniem włosów i skóry. W pierwszym przypadku nadmierna pigmentacya. występująca na oku lewem, dotyczyła skóry obu powiek, twardówki, tkanki podspojówkowej i spojówki gałki i dolnej powieki. Rogówka była czysta, tęczówka bardzo ciemna, znacznie ciemniejsza niż na oku prawem. Dno oka dotkniętego melanozą niczem się nie różniło od drugiego prawidłowego. W 2gim i 3cim przypadku skóra powiek była bez zmiany, natomiast siatkówka lewego oka, dotkniętego zmianą, przedstawia silniejszy rozwój barwika; w drugim przypadku *papilla nervi optici* jest również pigmentowaną.

Okulary ochronne do opracowywania twardych materyałów potrzebującego natężenia wzroku. (Predochranitielnyje oczki pri obrabotkie twierdych materjałów, trebujuszczej napriażenja zrenja). Dr Rudin.

Projekt okularów pomysłu autora wraz z krytycznym przeglądem dotąd używanych. Pracę illustrują rysunki, bez których byłaby trudno zrozumiałą.

Przyczynek do kazuistyki postrzałowych ran oka. (K kazuistike ognestrelnych ranenij głaza). Dr Berger.

Sześć przypadków mniej lub więcej ciężkich zranień oka z wojny japońsko-rosyjskiej Pomimo silnych uszkodzeń udało się autorowi utrzymać gałkę, a nawet przywrócić nieco wzroku.

O rzadkiej postaci schorzenia spojówki powiekowej: Conjunctivitis Parinaudi. Przegląd lekarski, 1905, Nr 23 i 24. Dr Wiktor Reis.

W r. 1899 opisał Parinaud odrębną postać nieżytu spojówki, która się znamionuje wystąpieniem na spojówce powiekowej ziarnistości i wyrośli o nieokreślonej postaci przy równoczesnem zajęciu gruczołów chłonnych szyjnych i przyusznych. Przypadków

odnośnych dotąd nie wiele ogłoszono zapewne z powodu, że wymienionych głównych objawów tego cierpienia nie wiązano w jednę całość. Spojówka gałkowa jest wolną od zmian chorobowych, toż samo rogówka nawet przy dłuższem trwaniu cierpienia nie bierze udziału w sprawie chorobowej. Cierpienie występuje najczęściej tylko na jednem oku: na 20 przypadków tylko w dwóch zapalenie było obustronne.

Autor spostrzegał w b r. na oddziale ocznym szpitala powszechnego we Lwowie przypadek, odpowiadający w głównych zarysach zbiorowi objawów Parinaud'a. U 14letniej dziewczyny wiejskiej, zajętej przy gospodarstwie, często też dojeniem krów, badanie wykazało: Spojówka chrząstkowa powieki górnej lewego oka zasiana ziarniną i wyroślami, sterczącemi na 3 – 5 mm nad powierzchnię spojówki. Wyrośle te za dotknięciem lekko krwawią. U dolnej powieki liczne mieszki. Rogówka i spojówka gałkowa bez zmian. Gruczoły szyjne i podszczękowe po lewej stronie obrzękłe w postaci całego pakietu. Jeden z nich uległ w dalszym przebiegu zropieniu i musiał być chirurgicznie usunięty. Dokonano również wycięcia spojówki przerosłej, poczem po kilkakrotnem zastosowaniu azotanu srebra przybrała ona wejrzenie jednostajne spojówki o przerosłych brodawkach. Wydzielina ustąpiła zupełnie. Chora opuściła szpital.

W przypadku powyższym znajdujemy więc wszystkie najgłówniejsze objawy nieżytu spojówkowego Parinaud'a. W rozpoznaniu różniczkowem należałoby uwzględnić jaglicę, gruźlicę i nowotwory. Od jaglicy różni się omawiane cierpienie większymi rozmiarami ziarnistości, oraz tem, że ograniczają się one do spojówki chrząstkowej, nie zajmując załamków, i tem, że sprawa chorobowa nigdy nie przechodzi na rogówkę. Od gruźlicy różni się nieżyt Parinaud'a brakiem owrzodzeń i makroskopowo widzialnych gruzełków. Z nowotworem najtrudniejby cierpienie to pomieszać, już choćby dlatego, że w postaci rozlanej na spojówce powiek nowotwory należą do wielkich rzadkości, częściej wyrastają na rąbku spojówkowym rogówki i bywają wtedy uszypułowane. Etyologia tej sprawy chorobowej dotąd jeszcze nie wyjaśniona. Parinaud spotykał to cierpienie u ludzi, mających częstą styczność ze zwierzętami i nazwał je nawet początkowo *conjonctivite infectieuse d'origine animale.* Nigdy nie spostrzegano zarażenia się tą chorobą osób z najbliższego otoczenia chorych.

Badanie bakteryologiczne w przypadku opisanym przez autora dało wynik ujemny, ale przynajmniej wykluczyło napewne obecność prątków gruźliczych. Badanie histologiczne wyciętych skrawków przerosłej spojówki wykazało utkanie jednolite, zbliżone

swem wejrzeniem do nacieku drobnokomórkowego. Współistnienie przypadów spojówkowych z zajęciem gruczołów chłonnych na szyi pozwala przypuszczać, że obie zmiany są następstwem wspólnej przyczyny ogólnej. Dlatego Prof. G o l d z i e h e r nazwał nawet tę zmianę oczną krótko *lymphoma conjunctivae*. W każdym razie dla wyjaśnienia patogenezy tej choroby pożądane są dalsze spostrzeżenia i szczegółowe badania. *K. W. Majewski.*

O ustąpieniu tarczy zastoinowej przy nowotworze mózgowym (Ueber die Rückbildung der Staungspapille bei Hirntumor). Dr Germanus F l a t a u. Münchner medizinische Wochenschrift, kwiecień 1905.

W roku 1901 autor miał sposobność następujący wypadek klinicznie obserwować.

Chora została dnia $^{11}/_{9}$ 1901 przyjęta z typowymi objawami duru brzusznego, który miał przebieg prawidłowy bez wszelkich komplikacyi — tak, że chora w 13tym dniu była bez gorączki, a stan ogólny dobry. Dwa tygodnie później, t. j. $^{1}/_{10}$ skarży się chora na napady omdlewania szczególnie przy podnoszeniu się. Objektywnie nie dało się nic skonstatować — dostaje emulsię kamforową. Dwa dni później te same napady się powtarzają, dostaje *Tc. valer. aeth.* W pewnych odstępach czasu występują podobne objawy połączone czasami z silnym bolem głowy. Dnia $^{16}/_{11}$ wykazuje badanie oftalmoskopijnie: tarczę zastoinową z wybroczynami i wysiękiem. Dnia $^{19}/_{11}$ zrobiono punkcyę lumbalną, po której chora czuje się lepiej, ból głowy ustąpił. Chora dostaje kalomel 3 razy dziennie po 0·05. Po punkcyi oftalmoskopijnie skonstatowano jeszcze silniejszy obrzęk tarczy, wybroczyny większe, żyły nastrzykane i wijące się. Ponieważ stan się ponownie pogorszył i dołączyły się jeszcze wymioty, zrobiono $^{23}/_{11}$ powtórną punkcyę, po której wieczorem i w następny dzień stan chorej nawet się pogarsza Dawka kalomelu się podwyższa — tak, że chora dostaje 6 razy, potem 8 i 10 razy dziennie po 0.05. W następnych dniach stan się polepsza i oftalmoskopijnie konstatuje się po stronie prawej: obrzęk tarczy mniejszy, wybroczyny częściowo zresorbowane, po stronie zaś lewej: tarcza jak przedtem, wybroczyny też częściowo zresorbowane. Zrobiono potem jeszcze 4 dalsze punkcye lumbalne i po każdej czuła się chora coraz lepiej a zmiany na dnie oka powracały powoli do stanu prawidłowego. Przy opuszczeniu kliniki $^{5}/_{1}$ 1902 chora czuje się dobrze a oftalmoskopijnie skonstatowano li tylko lekkie rozszerzenie żył. Co do rozpoznania choroby musiano w pierwszym rzędzie ze względu na tarczę zastoinową myśleć o nowotworze mózgowym, w drugim zaś rzędzie o *meningitis serosa*,

jako następstwie duru brzusznego. Ponieważ tak zmiany wśródoczne jak i ogólne objawy zupełnie ustąpiły, zdecydowano się na to ostatnie rozpoznanie.

Od maja do sierpnia 1902 chora prócz lekkiego osłabienia czuje się zupełnie zdrową. Dnia $^{1}/_{8}$ 1902 wstępuje do służby i już $^{4}/_{8}$ dostaje napadu omdlenia — opuszcza służbę i zajmuje się w domu tylko lekką robotą. Dnia $^{16}/_{8}$ zostaje znów przyjętą do szpitala. Przy przyjęciu stan chorej jest następujący: chora skarży się na bóle głowy i wymioty. Odżywienie dobre, źrenice dobrze oddziałują. Oftalmoskopijnie: oedematyczny obrzęk tarczy, różnica między szczytem tarczy a siatkówką wynosi dwie dioptrie, żyły wijące się, żadnych objawów zapalnych ani wybroczyn. Tętno 72, regularne, zresztą objektywnie nic nie skonstatowano. Dnia następnego zrobiono punkcyę lumbalną. Ta, jakoteż następne dwie są bezskuteczne. Dnia $^{4}/_{9}$ chora nagle umiera.

Sekcya wykazuje nowotwór móżdżku, a drobnowidowe badanie, że nowotwór jest drobnokomórkowym glejakiem (glioma).

Narzuca się więc pytanie, dlaczego tarcz powróciła do stanu prawidłowego. Wedle najnowszej teoryi Liebrechta powodem wytworzenia się tarczy zastoinowej jest zastój i zapalenie. Że zaś przy wytworzeniu się tarczy zastoinowej główną rolę odgrywa wzmożone wśródczaszkowe ciśnienie świadczy to, że przy zmniejszeniu się tego ciśnienia tarcza zawsze powraca do stanu prawidłowego. I istotnie w każdym wypadku, gdzie wśródczaszkowe ciśnienie trepanacyą usunięto, tarcza zastoinowa tak dalece wracała do normy, że nawet mogła być mowa o zupełnem wyleczeniu.

Autor jest zatem zdania, że w jego wypadku powrót tarczy do stanu prawidłowego spowodowanym był li tylko przez punkcye lumbalne, które ciśnienie wśródczaszkowe zmniejszając, tę zmianę wsteczną spowodowały. Za tem zapatrywaniem przemawia i to, że jak wiemy z literatury, leczenie rtęciowe na nowotwory nie ma prawie żadnego wpływu, zaś samoistny powrót tarczy zastoinowej do stanu prawidłowego jest wypadkiem bardzo rzadkim. Poleca więc autor punkcye lumbalne przy nowotworach mózgowych tam, gdzie albo trepanacya jest przeciwskazaną, albo gdzie ją chory odrzuca. Punkcye bowiem wedle powyższego wypadku nietylko przynoszą ulgę choremu, ale też jaknajdłużej wstrzymują wytworzenie się zaniku nerwu wzrokowego, który jest właśnie następstwem tarczy zastoinowej. Prócz tego żąda autor, byją wprost uważać za wskazaną we wszystkich chorobach mózgowych połączonych z tarczą zastoinową, zaznacza albowiem słusznie, że każde wyleczenie nie na wiele się przyda, gdy się kończy zupełną utratą wzroku. Punkcyami zaś

wstrzymuje się wytworzenie tarczy zastoinowej, a zarazem też zanik nerwu wzrokowego, który jest jej następstwem. Co się tyczy zarzutu niebezpieczeństwa, które zwyczajnie się łączy z punkcyą lumbalną, zbija autor ten zarzut tem, że każda punkcya zrobiona sposobem Quinckego nie jest wcale niebezpieczna. Należy ją tylko robić w pozycyi leżącej, ciśnienie nie powinno mniej wynosić jak 100 mm, a ciecz tylko powoli odpływać. Wykonując bowiem zabieg w powyższy sposób unika się tem samem odpływu cieczy z jamy czaszkowej i zarazem wtłoczeniu się mózgu do jamy rdzeniowej, jak również uciśnienia rdzenia przedłużonego, pociągającego za sobą śmierć nagłą. *Dr Beigel.*

III. SPRAWY OSOBOWE.

Nadzw. Prof. Neznamow w Warszawie mianowany profesorem zwyczajnym tamże.

Nadzw. Prof. Gołowin w Odessie mianowany profesorem zwyczajnym.

IV. OGŁOSZENIE.

Z początkiem półrocza zimowego 1905/6 będzie do obsadzenia przy klinice uniwersyteckiej krakowskiej posada systemizowanego elewa klinicznego z płacą roczną 1000 koron. Doktorzy wszech nauk lekarskich, obeznani dobrze z mikroskopią i bakteryologią, pragnący się wykształcić w okulistyce, zechcą podania swe złożyć w kancelaryi kliniki okulistycznej, ul. Kopernika.

Prof. Dr B. Wicherkiewicz,
dyrektor c. k. kliniki okulist. w Krakowie.